

**MIC+** <sup>®</sup> para Niños

Aplicación

Programa de Seguro de Salud de Missouri

## SOLICITUD PARA EL PROGRAMA MISSOURI MC+

**USE TINTA PARA LLENAR EL FORMULARIO. NO USE LAPIZ.**

<b>EXCLUSIVAMENTE PARA USO OFICIAL</b>		
<b>A. DIRECCION DE CORREO</b>		DATE APPLIED
NOMBRE (PRIMER NOMBRE DE PILA, SEGUNDO NOMBRE DE PILA, APELLIDOS)		
DIRECCION (NUMERO DE LA CASA, NOMBRE DE LA CALLE O NUMBER DE LA RUTA RURAL, APARTADO POSTAL) CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL		CONDADO DCN
NUMERO DE TELEFONO DE LA CASA	NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO	NUMER DE TELEFONO DONDE SE PUEDEN DEJAR MENSAJES SERVICE REP/SUPV/LOAD

**INSTRUCCIONES:** Por favor responda completamente a cada pregunta. Adjunte una hoja adicional si le hace falta espacio para responder a cualquier pregunta en cualquier sección del formulario.

### B. INFORMACION DEL HOGAR (HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS NIÑOS, LOS PADRES/LOS TUTORES Y LOS PADRASTROS QUE VIVEN EN SU HOGAR, ENCABEZANDO LA LISTA CON EL NOMBRE DE USTED MISMO)

(NOMBRE Y APELLIDOS)	NOMBRE (APELLIDO E SOLTERA)	RAZA/ SEXO	HISPANO Y/N	QUE RELACION TIENE CON LA PERSONA A	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	(X) SI SOLICITAN EL PROGRAMA MC+
a.				USTED MISMO			
b.							
c.							
d.							
e.							
f.							

\*(1 - BLANCO 2 - NEGRO 4 - INDIOS AMERICANOS/NATIVOS DE ALASKA 5 - ASIATICOS 6 - NATIVO DE LAS ISLAS DEL PACIFICO (ORIENTAL))

1. ¿Viven los dos padres de todos los niños en el hogar?  SI  NO (Si respondió que "NO", llene la sección E.)
2. ¿Todas las personas de la lista anterior que están solicitando el programa MC+ son ciudadanos de los Estados Unidos?  SI  NO Si respondió que "NO", haga una lista de la siguiente información para quienes están solicitando el programa MC+ que no son ciudadanos de los Estados Unidos: Nombre, categoría de inmigración, número de registro, fecha de entrada: \_\_\_\_\_
3. Usted podría tener la posibilidad de que el programa MC+ le cubriera cuentas pendientes de pago por servicios médicos que haya recibido en los últimos tres meses. ¿Ha recibido alguna de las personas de la lista anterior atención médica en los últimos tres meses?  SI  NO Si respondió que "SI", ¿Quién? \_\_\_\_\_
4. ¿Alguno de los miembros de su hogar está embarazada?  SI  NO Si respondió que "SI", ¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Para que fecha se espera el nacimiento del niño? \_\_\_\_\_
5. ¿El valor neto de sus activos (el valor de todos sus bienes menos las deudas que tenga) es de:  menos de \$50,000  \$50,000-\$100,000  \$100,000-\$150,000  \$150,000-\$200,000  \$200,000 - \$250,000  más de \$250,000  
Favor de hacer una lista de todos sus activos (cuentas bancarias, acciones/bonos, automóviles, casa, bienes raíces y propiedad personal, etcétera)

### C. INGRESOS Adjunte documento de verificación. Por ejemplo: comprobante de su cheque de pago, una note de su jefe, declaración de impuestos federales, carta de certificación de ingresos, etc.

1. ¿Está usted empleado/a?  SI  NO Si respondió que "SI", escriba el nombre de la persona o empresa para la que trabaja. \_\_\_\_\_  
¿Cuánto le pagan **sin descontar** impuestos o deducciones? \$ \_\_\_\_\_  Semanalmente  Quincenalmente  Dos veces al mes  Mensualmente
2. ¿Alguno de los miembros de su hogar aparte de usted está empleado?  SI  NO Si respondió que "SI", ¿cómo se llama? \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona o empresa para la que trabaja \_\_\_\_\_  
¿Cuánto le pagan a el o ella **sin descontar** impuestos o deducciones? \$ \_\_\_\_\_  Semanalmente  Quincenalmente  Dos veces al mes  Mensualmente
3. ¿Alguno de los miembros de su hogar maneja un negocio propio o tiene cualquier tipo de trabajo independiente?  SI  NO  
Si respondió que "SI", ¿cómo se llama? \_\_\_\_\_ Describa que clase de trabajo independiente realiza (cuidado de niños, labores agrícolas, otro) y cuanto gana: \_\_\_\_\_  Semanalmente  Mensualmente  Anualmente
4. Los costos del cuidado de los niños podrían ser una deducción permitida de los impuestos de los padres de familia que trabajen. ¿Le paga usted a alguien para que cuide a su niño?  SI  NO Si respondió que "SI", haga una lista de los niños por quienes se pagan estos cuidados: \_\_\_\_\_  
¿Cuánto paga por el cuidado de su(s) niños? \$ \_\_\_\_\_  Semanalmente  Quincenalmente  Dos veces al mes  Mensualmente

# PROGRAMA MISSOURI MC+

## SOLICITUD

El programa MC+ es un programa de seguro de salud para **niños menores de 19 años, para algunos de sus padres y para mujeres embarazadas**. Para hacer la solicitud, llene el formulario adjunto y envíelo a la dirección anterior.

### INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL PROGRAMA MC+

#### SECCION A - Dirección de correo

Por favor escriba su nombre, dirección y números de teléfono. Donde dice “número de teléfono donde su pueden dejar mensajes” por favor escriba el número donde lo podamos contactar durante horas de trabajo o donde le podamos dejar un mensaje.

#### SECCION B - Información sobre el hogar:

Haga la lista de todos los niños, padres, padrastros o tutores que vivan en el hogar, encabezándola con su propio nombre. Es importante indicar la relación que tiene cada persona con usted; por ejemplo, esposo o esposa, hijo o hija, etc. La información sobre raza y grupo étnico se usa solamente para mantener estadísticas y proporcionarla es opcional. El número de seguro social se requiere sólo de personas solicitando beneficios del programa MC+. Ponga una “X” en la última casilla para indicar si usted está solicitando el programa MC+ para esa persona.

#### SECCION C - Ingresos:

Para determinar si su familia reúne los requisitos para participar en el programa MC+ por favor llene esta sección. Si le hace falta más espacio, puede añadir datos en una hoja adicional. De ser posible, **por favor presente constancias de sus ingresos con la solicitud**.

#### SECCION D - Seguros:

Para algunos solicitantes, uno de los requisitos para ser aceptados en el programa MC+ podrá ser su posibilidad de obtener un seguro médico. Es importante que llene esta sección. Anote todos los seguros médicos sin que importe de que clase sean.

#### SECCION E - Padre/Madre Ausente:

Llene esta sección solamente si uno de los padres del niño para el quien se está haciendo la solicitud para el programa MC+ está ausente del hogar. La ley exige que usted coopere con la División de Cumplimiento de Ayuda Económica para Niños (Division of Child Support Enforcement) para obtener pagos por servicios de salud. Esto significa que debe ayudar a identificar al padre ausente, ayudar a establecer la paternidad y cualquier otra colaboración que sea necesaria. Su falta de cooperación no afectara la elegibilidad de su hijo para MC+. Su propia elegibilidad puede ser afectada por su falta de cooperación. Su cooperación puede ser de importancia para usted y su niño por las siguientes razones: puede servir para encontrar al padre ausente, para establecer legalmente la paternidad del niño, para obtener pagos por el sostenimiento del niño y para asegurar los derechos del niño para recibir en el futuro subsidios y ayudas del seguro social, ayuda para veteranos o cualquier otro programa del gobierno.

Si usted piensa que buscar ayuda del padre ausente sea contrario a los intereses del niño debido, por ejemplo, a que haya sido amenazado o haya sido objeto de maltratos en el pasado, responda “sí” a la pregunta número 1. Usted puede tener razones valederas para negarse a cooperar si su cooperación pudiera generarle daño emocional o físico a usted o a su niño. Si usted alega esas razones, se le solicitará que presente evidencia para sustentar su petición.

Si usted alega razones valederas para no cooperar en la obtención de ayuda para gastos médicos y ha respondido “sí” a la pregunta número 1, se le entregará información respecto a las circunstancias en que se pueden alegar tales razones y las pruebas o cualquier otra información que sea necesaria para considerar su solicitud. Usted también puede solicitar esta información para decidir si desea o no alegar razones valederas.

#### SECCION F - Firma

Por favor lea esta sección cuidadosamente y firme el formulario. **La fecha en que la cobertura del programa MC+ entre en vigencia está basada en la fecha en que su solicitud firmada sea recibida**. Envíe la solicitud a la dirección anterior.

**Llame al 1 888 275 5908 si tiene cualquier pregunta.  
¡GUARDE ESTA PAGINA, CONTIENE INFORMACION IMPORTANTE!**

## OTRA INFORMACION IMPORTANTE ACERCA DEL PROGRAMA MC+

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar la solicitud llame gratuitamente al 1 888 275 5908.

Cuando recibamos su solicitud, se someterá a revisión y si hiciera falta información adicional, nos comunicaremos con usted. Si usted no tiene teléfono, puede contactarnos al teléfono anterior unos días después de que nos haya enviado su solicitud por correo. Usted será notificado por correo cuando hayamos terminado la revisión. En el caso de solicitudes hechas para mujeres embarazadas, la decisión respecto a su participación en el programa MC+ se tomará en 15 días. Las decisiones para el resto de las solicitudes se tomarán en 30 días. Si usted no está de acuerdo con la decisión que se haya tomado respecto a su solicitud, puede pedir una audiencia imparcial dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que se haya tomado esta decisión.

### INFORMACION REQUERIDA:

La siguiente información podría ser requerida para considerar su solicitud para el programa MC+:

- Constancias de ingresos (por ejemplo, comprobantes de pago de su sueldo o salario tales como los talones de los cheques o cartas de su patrón o jefe, la declaración de impuestos federales o cartas en que le notifiquen ayudas del Gobierno, etc.);
- Documentos de inmigración en que conste el nombre, la categoría de inmigración, número de registro y fecha de entrada al país de cualquier miembro de su hogar que solicita el programa MC+ y que no es ciudadano de los Estados Unidos.
- Informe médico que documente el embarazo y la fecha para la cual se anticipa el nacimiento del niño (Si está solicitando el programa MC+ para una mujer embarazada.)

De ser posible, envíe estos documentos con su solicitud. Puede mandar copias de los documentos. Sin embargo, si solamente tiene los documentos originales, envíelos, que nosotros les haremos fotocopias y le devolveremos los originales con la carta de notificación. **NO DEMORE EN ENVIAR LA SOLICITUD AUNQUE NO DISPONGA DE TODOS LOS DOCUMENTOS.** Nosotros le avisaremos si se necesita información o documentos adicionales.

### PROGRAMA NIÑOS Y JOVENES SALUDABLES:

Si sus niños llenan los requisitos para ser aceptados en el programa MC+, pueden recibir servicios a través del programa Niños y Jóvenes Saludables (HCY). Este programa ofrece cuidados primarios y preventivos de salud. A través de este programa, su niño puede obtener exámenes médicos, vacunas, y exámenes de diagnóstico que los ayudaran a mantenerse saludables o a identificar problemas de salud que pudieran requerir tratamiento. El programa MC+ cubre los costos de estos servicios de salud.

Si usted está embarazada y quisiera que se le hiciera una evaluación de riesgos de salud y que se le ofrecieran los servicios de coordinación de su caso, comuníquese con su departamento de salud local o llame a TEL-LINK (1 800 835 5465).

### DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Usted debe **reportar todos los cambios que se produzcan en las circunstancias declaradas en el documento de solicitud dentro de los diez días posteriores** a que estos sucedan, sin importar lo que haya causado estos cambios. Usted tiene la obligación permanente de reportar los cambios inmediatamente y no puede esperar hasta que nos pongamos en contacto con usted.

Cualquier información suministrada en la solicitud está sujeta a que la verifiquen oficiales locales, estatales y federales. A quien a sabiendas suministre información falsa se le podrían negar los subsidios o servicios que solicite y/o podría estar sujeto o procesamiento penal. Quien sea hallado culpable del delito de hurto o de tentativa de hurto de subsidios o ayuda pública por un valor igual o mayor de setecientos cincuenta dólares (\$750.00), será castigado con pena de prisión hasta por cinco años; o por confinamiento en la cárcel del condado por término de no más de un año; y/o se le podría imponer multa hasta por diez mil dólares (\$10,000). Si el valor de los subsidios obtenidos ilegalmente es menor de setecientos cincuenta dólares (\$750.00), la infracción se considerará delito menor.

Usted tiene derecho a que se le proporcione un tratamiento justo y equitativo independiente de su edad, sexo, raza, color, nivel de capacidad física o intelectual, religión, credo, origen nacional o de sus convicciones políticas.

**¡GUARDE ESTA PAGINA, CONTIENE INFORMACION IMPORTANTE!**

5. ¿Alguno de los miembros de su hogar recibe ingresos tales como ayuda económica para niños, pensión de divorcio, compensación por desempleo, compensación por enfermedad, intereses, subsidios del seguro social o cualquier otra clase de ingresos no derivados de trabajo remunerado?  
 SI  NO Si respondió que "SI", suministre la siguiente información:

PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	¿QUIÉN PROPORCIONA EL DINERO?	¿QUE CANTIDAD DE DINERO RECIBE?	¿CON QUE FRECUENCIA RECIBE DINERO?

**D. SEGUROS DE SALUD**

1. ¿Alguno de los miembros de su hogar tiene seguro médico, seguro para hospitalización, o participa en el programa Medicare?  SI  NO  
 Si respondió que "SI", a continuación haga una lista de las pólizas.

PERSONAS ASEGURADAS	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA Y NUMERO DE POLIZA	TIPO DE COBERTURA
		<input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Hospital Si hay limitaciones en la cobertura, explíquelas: _____
		<input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Hospital Si hay limitaciones en la cobertura, explíquelas: _____

2. ¿Alguno de los miembros de su casa perdió su póliza de seguro médico en los últimos seis meses?  SI  NO Si respondió que "SI", escriba el nombre/los nombres de esta(s) persona(s), la fecha en la cual se perdió la cobertura del seguro médico, y la razón por la cual lo perdió.  
 \_\_\_\_\_

3. ¿Hay seguro médico disponible para cualquiera de los miembros de su familia a través del trabajo o de cualquier otra asociación a la cual pertenezca?  
 SI  NO Si respondió que "SI", escriba el nombre de la empresa o asociación: \_\_\_\_\_  
 El seguro médico lo cubriría a:  usted solo  su esposo/a  los hijos ¿Cuál es valor de la prima que pagaría por sus hijos \$ \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

4. Por favor consulte las normas de ingresos que le adjuntamos con la solicitud. Si por los ingresos y el número de miembros, su familia pertenece al grupo que se podría asegurar, por favor indíquenos el valor de la prima que dos compañías de seguros médicos privadas le cobrarían por asegurar a todos sus hijos.  
 1. \$ \_\_\_\_\_ al mes Compañía \_\_\_\_\_ 2. \$ \_\_\_\_\_ al mes Compañía \_\_\_\_\_

**E. INFORMACION SOBRE PADRE / MADRE DE FAMILIA AUSENTE (Llene esta sección del formulario si el padre / la madre de cualquiera de los niños está ausente del hogar)**

NOMBRE (PRIMER NOMBRE DE PILA, SEGUNDO NOMBRE DE PILA, APELLIDO) (APELLIDO DE SOLTERA)	RAZA/ SEXO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DEL HIJO/A	ULTIMO DOMICILIO QUE SE LE CONOCE

¿Tiene usted razones valederas para no cooperar en obtener del padre ausente ayuda económica para los gastos médicos de su(s) hijo(s)?  
 SI  NO Lea las instrucciones adjuntas si necesita más información.

**F. POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE INFORMACION CON CUIDADO Y FIRME AL FINAL DEL DOCUMENTO.**

- Estoy de acuerdo que debo suministrar los números de Seguro Social de todas las personas que solicita participación en el programa MC+ como lo exige la ley. El número de Seguro Social se utiliza para determinar si cumpla con los requisitos legales para recibir ayuda pública y para verificar la información que he proporcionado.
- Estoy de acuerdo que mis declaraciones y la información que he suministrado pueden ser verificadas.
- Reportaré todos los cambios que se produzcan en mis circunstancias dentro de los diez días posteriores a que estos sucedan.
- Sé que es ilegal obtener o intentar obtener subsidios o ayuda pública a los que no tenga derecho. Cualquier aseveración falsa, declaración u ocultamiento de cualquier circunstancia o hecho real, total o parcialmente, me puede acarrear acciones penales o civiles.
- Estoy de acuerdo que al solicitar ayuda del programa MC+ (y cuando se determine que reúno los requisitos para recibir esa ayuda) para un niño que carezca del apoyo económico de sus padres, cedo todos los derechos que garantizan cualquier ayuda económica para gastos médicos al Estado de Missouri y que debo cooperar en establecer la paternidad y tratar de obtener tal ayuda económica para gastos médicos, **al menos que tenga razones valederas para no hacerlo.**
- Estoy de acuerdo en cuanto a que la información médica respecto a mí o a mi familia pueda ponerse a disposición y en conocimiento de quien fuera necesario para los fines de este programa.
- Comprendo que los beneficios de salud asignados basados en que una persona tenga 65 años o más, sea ciega o inválida no son determinados llenando este formulario. Si yo deseo obtener beneficios basados en que tenga 65 años o más, ciego o inválido, debo completar un formulario de solicitud diferente para tales beneficios.
- De haber llenado los requisitos para ser aceptado en el programa MC+ entiendo que el estado de Missouri pagará por los servicios que se me otorguen dentro de la cobertura del programa y que el estado podrá cobrar y recibir los pagos de terceros (por ejemplo, de seguros, herencias, etc.) destinados a los mismos conceptos de los pagos que hayan sido realizados por el estado.

Bajo pena de perjurio mi firma certifica que mis respuestas contenidas en esta declaración de cumplimiento de requisitos son correctas, verdaderas y completas en la medida de mis conocimientos.

FIRMA	FECHA	FIRMA DEL ESPOSO/A	FECHA
-------	-------	--------------------	-------

Envie esta aplicación al centro de servicio de MC+ en su región (vea el mapa adjunto).  
**IMPORTANTE:** Llene el domicilio apropiado del Centro de Servicio de MC+ y su propio domicilio.

**Centro de Servicio MC+**  
 525 Jules St. #127  
 St. Joseph, MO 64501

**Centro de Servicio MC+**  
 P.O. Box 318  
 Troy, MO 63379-0318

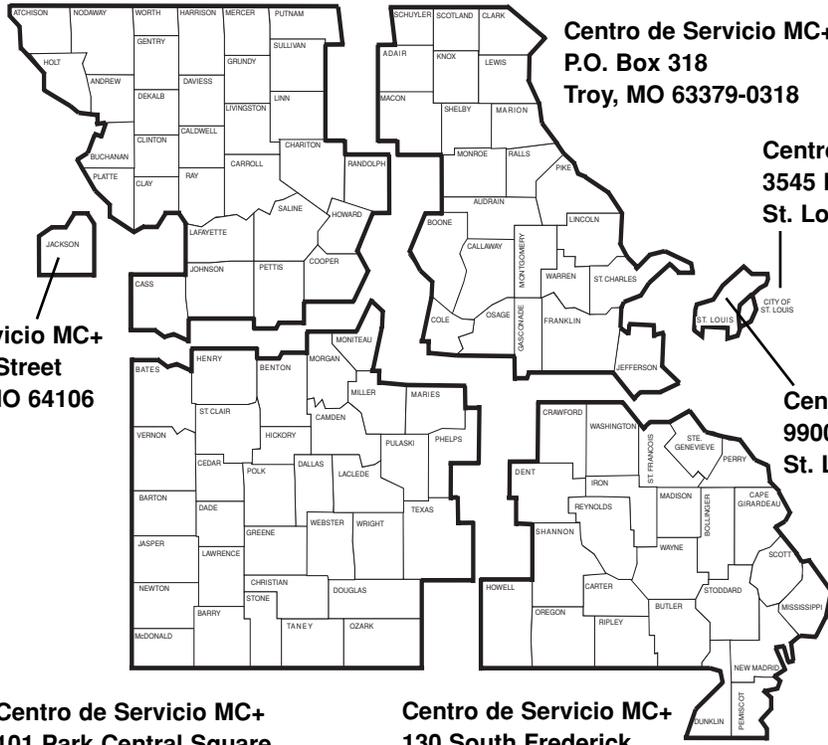
**Centro de Servicio MC+**  
 3545 Lindell  
 St. Louis, MO 63103-1077

**Centro de Servicio MC+**  
 615 East 13th Street  
 Kansas City, MO 64106

**Centro de Servicio MC+**  
 9900 Page Avenue  
 St. Louis, MO 63132

**Centro de Servicio MC+**  
 101 Park Central Square  
 Springfield, MO 65806

**Centro de Servicio MC+**  
 130 South Frederick  
 Cape Girardeau, MO 63702-0578



..... DOBLE

..... DOBLE

DOBLE AQUI

**Diganos como se informo de MC+ para Niños:**

<input type="checkbox"/> Periodico	<input type="checkbox"/> Servicios Humanos	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Doctor/Farmacia	<input type="checkbox"/> WIC
<input type="checkbox"/> Departamento de Salud	<input type="checkbox"/> Clero	<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Radio	Otro: _____	

**Si tiene preguntas llame a: 1-888-275-5908**

..... DOBLE AQUI

\_\_\_\_\_  
 (su nombre)

\_\_\_\_\_  
 (Domicilio)

coloque  
 estampilla  
 aqui

**MC+ Service Center**

\_\_\_\_\_  
 (El domicilio de su Centro de servicio)

\_\_\_\_\_